Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 64 — 6 Août 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
ris et Départements. . . . . 7 fr.
ranger . . . . . 10 fr.
s abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION ·
ORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

MORRHAGIES UTÉRINES ET RUPTURE DU SINUS CIRCULAIRE, par M. PIERRE BUDIN (avec deux figures en couleur et deux en noir) 381
PROPOS DE L'APPENDICITE, par F. BRUN (avec quatre figures en couleur et quatorze en noir) . 384

ANALYSES

imie : Analyse d'un liquide pleurétique, par M. SOULARD 384
seudo-hermaphrodite androgynoïde, par M. S. POZZI CCCXIII

NÉCROLOGIE

M. Nicaise, chirurgien en chef de l'hôpital Laënnec, embre de l'Académie de médecine, est mort vendredi, Paris, dans sa cinquante-huitième année. Il était offi- er de la Légion d'honneur. Les obsèques ont eu lieu ndi, à la Madeleine.

VARIÉTÉS

Un fait assez original vient de montrer, encore une is, combien de services peuvent rendre à la médecine s rayons Rœntgen, qui comptent déjà tant de succès epuis leur découverte.

En 1886, un confiseur allemand se tirait un coup de evolver, dans le but de se suicider. Quoique la balle ût pénétré dans le crâne, la blessure ne fut pas mor- elle, si bien que le patient fut assez rapidement guéri l'hôpital de Hambourg, où il avait été transporté.

Cependant, il avait toujours de violents maux de tête t était persuadé que le projectile était resté dans le râne. En sortant de l'hôpital, il fit part de cette idée u chirurgien; celui-ci le rassura, lui dit qu'il n'en était ien.

Sur le moment, ce confiseur n'insista pas; mais au out de quelque temps, il revint, voulant, disait-il, e faire extraire sa balle.

Le médecin conclut à la monomanie, et le fit enfermer ans une maison de fous. Mais ses allures n'étant pas xcentriques et sa monomanie n'ayant rien de dange- eux, on le relâcha au bout de quatre ans. Ses maux de ête n'avaient pas cessé, et sa conviction était toujours a même.

Dans ces derniers temps, il s'était rendu à Berlin, et e hasard voulut qu'il assistât à une expérience de pho- ographie par les rayons X; cela lui suggéra une idée umineuse : « Si je me faisais photographier le crâne », ense-t-il aussitôt après la séance : il se fait introduire uprès du professeur, et lui parle de son intention. e professeur accède à son désir, et lorsque le cliché est développé, on constate que le malheureux a réellement ne balle dans la boîte crânienne.

INSTITUT BACTÉRIOLOGIQUE DE LA
SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
Anct GILLIARD, P. MONNET & CARTIER, Lyon
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES BREVETS ET DES PROCÉDÉS TRILLAT
POUR LA DÉSINFECTION A DOMICILE
PAR L'ALDÉHYDE FORMIQUE ET LE FORMOCHLOROL
Pour licences en France et à l'Étranger
S'adresser à l'administration, 8, quai de Retz, Lyon
POUR LA DÉSINFECTION A PARIS ET LA RÉGION
A LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION A DOMICILE
Direction et Bureaux : 21, rue Godot-de-Mauroi, Paris.

PSEUDO-HERMAPHRODITE ANDROGYNOÏDE

Par M. S. POZZI

L'observation que je présente à l'Académie[1] offre un certain intérêt. Elle est un exemple d'une des variétés les moins communes du pseudo-hermaphrodisme. En outre, il m'a été permis de faire un examen histologique des organes génitaux internes, qui complète l'étude morphologique du sujet et donne une grande précision aux particularités qui, le plus souvent, restent douteuses.

Plusieurs de nos collègues ont déjà attiré votre attention sur ces malformations. L'an dernier, M. Péan présentait le cas d'une jeune fille de quinze ans ayant l'aspect masculin, ne présentant pas de vagin ni de mamelles, et chez laquelle il avait, par une laparotomie, enlevé les ovaires et les trompes et reconnu l'existence d'un utérus. C'était une femme-hommasse ou *gynandre*, selon la terminologie que j'ai, le premier, systématiquement employée; je propose de lui substituer le mot plus exact et plus explicite de *gynandroïde*. Bientôt après, M. Hallopeau relatait devant vous le cas d'une *androgyne*, ou mieux *androgynoïde*, c'est-à-dire d'une pseudo-hermaphrodite ayant l'aspect extérieur d'une femme, mais, étant homme en réalité, de par la présence de testicules. M. Lagneau citait ensuite deux cas analogues.

Dans ces 3 cas, il s'agissait de la variété la plus fréquente du pseudo-hermaphrodisme, l'hypospadias périnéo-scrotal chez l'homme. Cette malformation consiste essentiellement dans l'absence de soudure des deux moitiés du scrotum qui affectent la forme de grandes lèvres, dans l'écartement desquelles s'ouvre une cavité pseudo-vaginale plus ou moins profonde, mais ordinairement rudimentaire. Les testicules existent soit dans l'abdomen, soit à l'anneau, soit dans les *grandes lèvres*. Ce qui donne un caractère très distinct à cette malformation, c'est le développement considérable du pénis, imperforé, relevé et collé, pour ainsi dire, sous le pubis, à la manière d'un clitoris énorme : de sa base part une bride qui représente la portion atrophiée du corps spongieux de l'urèthre, et qui se porte vers l'orifice uréthral. Bonisson a beaucoup insisté sur cette particularité, au point de vue chirurgical, et moi-même au point de vue morphologique[2].

1. Communication faite à l'Académie de médecine le 28 Juillet 1896.
2. S. POZZI. — « De la bride masculine du vestibule chez la femme et de l'origine de l'hymen ». *Mémoires de la Soc. de Biologie*, 1884, p. 21.

Les organes génitaux externes de cette catégorie d'hermaphrodites (qui est de beaucoup la plus fréquente), ont bien le type féminin, mais un aspect anormal, dû au développement irrégulier des diverses parties.

Tout autre est l'aspect des androgynes du genre de celui que je présente, qu'on pourrait appeler *androgynoïdes réguliers* pour les différencier des *androgynoïdes irréguliers* ou *hypospadiques*. Ici, le type des organes génitaux externes est féminin sans anomalie notable, sans disproportion entre le grand volume du pseudo-clitoris et la petitesse de la vulve. Cela, joint au développement des mamelles et aux autres particularités relatées dans l'observation, donne au sujet une apparence tout à fait féminine. Si l'apparition des organes génitaux internes dans une double hernie, devenue douloureuse, n'avait pas nécessité une opération, on n'aurait jamais pu supposer que cette femme portait des testicules, et, par conséquent, était un homme.

Avant de faire ressortir quelques points importants de cette observation, je vais la rapporter d'après les notes de mon excellent interne M. Baussenat :

C... (Marie), femme de chambre, trente-trois ans.

Antécédents héréditaires : Père bien portant. Mère morte trois jours après sa quatrième couche.

Notre malade était le troisième enfant. La mère, pendant qu'elle était enceinte d'elle, au troisième mois, eut une grande frayeur : un homme fut écrasé en sa présence. Cette émotion ébranla profondément sa santé qui, depuis lors, fut toujours chancelante. Ses deux frères aînés sont bien portants. L'un d'eux cependant a un enfant âgé de dix ans et atteint de paralysie infantile.

Antécédents personnels : Aucune maladie antérieure grave. Son père lui a dit, qu'à l'âge de deux ans, elle a dû porter pendant quelque temps un bandage inguinal gauche.

La santé a toujours été excellente dans son jeune âge à part de fréquentes angines et une otite qui a d'ailleurs parfaitement guéri. A douze ans, elle a commencé à avoir des épistaxis survenant plusieurs fois par jour. Elle en aurait eu jusqu'à douze dans un jour. Ces épistaxis ne s'observaient que pendant deux jours consécutifs. Ils survenaient tous les mois, à époque fixe, et s'accompagnaient de douleurs dans les reins, les jambes et le ventre avec sensation de chaleur, d'étouffements et céphalée.

Vers le même âge (douze ans), mue de la voix, symptômes de puberté; apparition de rares poils au mont de Vénus.

A quatorze ans, au moment des phénomènes sympathiques de la menstruation, elle a eu, à trois reprises différentes, des accès de somnambulisme : elle se levait la nuit et se promenait dans la maison.

Les saignements de nez et les autres symptômes de douleur et de congestion se sont répétés jusqu'à vingt-deux ans.

A cette époque, est survenue une première crise de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, fébrile, sans aucune complication cardiaque.

A trente ans, deuxième crise de rhumatisme. A cette occasion, mal dans les lombes et le bas-ventre.

Du mois de Janvier au mois de Juin 1895, elle a eu trois ou quatre fois de petites hémorrhagies rectales coïncidant avec de la constipation.

Quoique ses épistaxis se soient arrêtées complètement à vingt-deux ans, elle a continué depuis cette époque à éprouver chaque mois, à date fixe, une sensation de chaleur avec céphalée et maux de reins.

Elle a été examinée médicalement à vingt-deux ans. Cet examen a été déterminé par le fait de l'absence de règles et de la périodicité des symptômes congestifs.

VICHY-CÉLESTINS
ST-LÉGER — *Relève les Forces.*
LA RÉVEILLE Véritable eau de régime des faibles et des convalescents.
BIARRITZ THERMES SALINS — Sources chlorurées sodiques fortes, bromo-iodurées, à 24° de salure. Lymphatisme, Tuberculose ganglionnaire et osseuse. *Rachitisme. Mal. de l'enfance et de la femme.*
OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

Le médecin a déclaré *qu'elle n'avait pas de sexe.*

On consulta alors M. Siredey. Il conclut à l'absence d'utérus.

Entre temps, à l'âge de quinze ans, la malade s'était aperçue, pour la première fois, qu'elle avait une tumeur dans l'aine gauche, grosse comme un œuf. Cette hernie était mobile, douloureuse et réductible par la pression et le décubitus.

Un an après l'examen de M. Siredey, à vingt-trois ans, apparaît dans l'aine droite, une tumeur ayant à peu près les mêmes caractères que la première, mais plus petite et indolente.

Ces deux tumeurs tant droite que gauche, devenaient toujours spontanément douloureuses, à date fixe, et cela pendant deux à trois jours, en même temps revenaient toujours les phénomènes sympathiques de la menstruation (céphalée, bouffées de chaleur, douleurs lombaires). Ces hernies gênaient considérablement la malade dans son travail et elle demandait à en être débarrassée.

En Janvier 1895, elle consulte M. Landrieux, parce qu'elle a été demandée en mariage, et qu'un médecin lui avait dit qu'il était nécessaire de prévenir son fiancé. Elle veut savoir s'il lui est possible de se marier.

M. Landrieux la fait entrer à l'hôpital Lariboisière le 6 Juin 1895.

Voici le résultat de l'examen pratiqué à cette époque par MM. Beaussenat et Boncour, internes, complété depuis par M. Pozzi.

Femme de taille moyenne, de constitution robuste.

Les cheveux blonds clairs, coiffés et relevés sur la nuque, ont une longueur très normale. Tendance aux favoris. Poils (duvet) sur la lèvre supérieure; une petite houppe sur la commissure, mais rien sur la ligne médiane. Léger duvet au menton.

Yeux bleus. Front légèrement couvert. Oreille bien conformée. Le lobule est court, mais non adhérent; le pavillon n'est pas déformé.

Bouche moyenne, bien conformée. Bonne dentition. La voûte palatine n'est pas ogivale. Le voile du palais est normal.

Le cou est un peu court et un peu gros. La circonférence est de 33 centimètres; pomme d'Adam peu saillante.

Poitrine bien développée. Circonférence au niveau des seins 94 centimètres. Au-dessous des seins, cette circonférence est de 69 centimètres.

Les seins sont très gros et absolument féminins. Le mamelon est bien développé, et par la palpation on sent les lobules de la glande mammaire.

Le bassin est large. Le diamètre bis-épineux supérieur et antérieur mesure 24 centimètres. Le bis-épineux antérieur et inférieur mesure 22 centimètres. L'abdomen ne présente rien de particulier à l'inspection.

Pas de ligne brune sous-ombilicale; pas de poils.

Tour de taille, 74 centimètres; 14 centimètres seulement séparent l'ombilic du pubis.

La respiration a le type costal inférieur ou mieux abdominal. La voix a le timbre féminin. Membres supérieurs et inférieurs normaux, peu musclés, gras, à type féminin.

Au niveau de sa partie supérieure, la cuisse mesure 67 centimètres de circonférence. Le mollet, dans sa partie la plus épaisse, 38 centimètres. L'attache du pied mesure 24 centimètres et celle du poignet 17.

Les jambes sont un peu variqueuses. Quelques poils excessivement rares, blonds et très courts au pubis. Quelques très rares poils également sur la face externe des grandes lèvres, où on les distingue difficilement. La région anale est absolument glabre.

A l'inspection de la vulve, on constate que la grande lèvre gauche, très grosse, cache en partie la grande lèvre droite qui est d'ailleurs à peine marquée.

A un examen plus minutieux, la lèvre *gauche* semble plus saillante, parce qu'elle renferme, dans son épaisseur, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur est libre d'adhérences à la peau et aux plans profonds. Elle est mobile dans tous les sens, rénitente, élastique et de consistance assez analogue (quoique un peu moins ferme), à celle du testicule. Elle file sous le doigt. Elle est lisse et régulière. Si on essaie de l'énucléer, on trouve à sa face profonde un gros cordon peu douloureux, de consistance inégale, et descendant, en s'effilant, jusqu'au bas de la grande lèvre, où il semble contracter des adhérences avec la partie inférieure de la tumeur. Vers le pôle supérieur de la tumeur ovoïde, au contraire, ce cordon se dilate brusquement, puis s'éloigne de la tumeur et semble ne plus contracter aucune adhérence avec elle. Il se dirige alors vers l'anneau inguinal externe. Arrivé là, il se dilate en une deuxième poche ovoïde irrégulière, légèrement bosselée, quasi fluctuante, douloureuse et mobile en tous les sens. Les deux dilatations de ce cordon sont absolument mates.

Lorsqu'on essaie de réduire la tumeur qui occupe la grande lèvre, elle remonte facilement dans le canal inguinal dont l'orifice externe est très large et où l'on pénètre aisément avec deux doigts, en déprimant la partie supérieure de la grande lèvre; alors, on constate que la tumeur remonte seule dans le canal inguinal, mais que la poche primitivement sentie au niveau de l'anneau externe s'abaisse pour lui livrer passage et vient prendre sa place dans la grande lèvre; elle ne peut être réduite.

La malade affirme, d'ailleurs, que cette hernie ne rentre

Fig. 1. — Organes génitaux externes de Marie C..., pseudo-hermaphrodite (Androgynoïde).

jamais spontanément. La toux la fait descendre davantage dans les grandes lèvres; mais il est impossible de saisir l'impulsion intestinale dans le canal inguinal.

En faisant tousser la malade, l'on voit se produire chez elle, au niveau de l'anneau inguinal externe *droit*, une tumeur que rien ne révèle à l'état de repos. Cette tumeur peut cependant sortir lorsque la malade est restée longtemps dans la position verticale; mais que ce soit la toux ou la situation verticale qui ait amené sa descente, elle ne rentre jamais spontanément. Pour la réduire, il faut la presser avec la main dans toute l'étendue du canal inguinal.

Cette hernie droite est constituée par une seule masse.

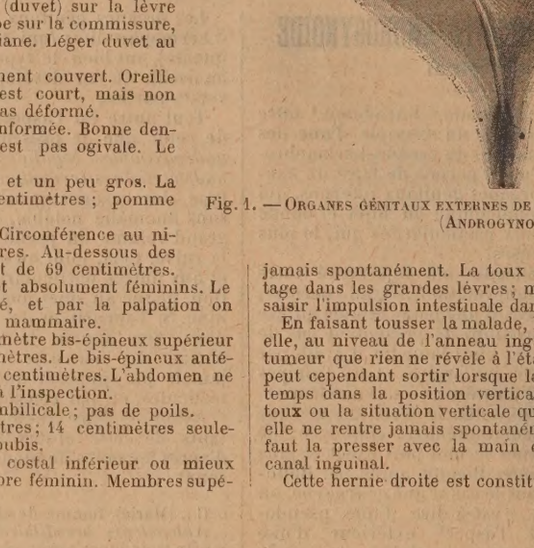

Fig. 2. — Testicule et corne gauche de l'utérus de Marie C..., pseudo-hermaphrodite (Androgynoïde). Face antérieure.
V, corne gauche de l'*uterus unicornis rudimentarius*; T, testicule; V, vaginale; C, pédicule.

Elle est élastique, rénitente, mobile sur les parties superficielles et profondes.

Elle forme une saillie beaucoup moins appréciable que la tumeur du côté gauche, et ne descend jamais dans la grande lèvre droite, qui semble même n'exister qu'à l'état d'ébauche. Elle est mate. On n'y constate point de gargouillement au moment de la réduction. Elle passe facilement par l'anneau inguinal interne et rentre dans le ventre, contrairement à ce qui se passe pour celle de gauche.

La *vulve* présente l'aspect qu'elle offre chez une jeune fille impubère.

Voici ses principales dimensions: Du clitoris à l'urèthre, 2 centimètres. De l'urèthre à la fourchette, 1 cent. 1/2. De la fourchette à l'anus, 3 centimètres.

Les grandes lèvres sont peu apparentes.

La droite forme un repli à peine marqué. La gauche, au contraire, constitue une sorte de poche flaccide et, légèrement plissée, rappelant un peu le scrotum d'un petit garçon.

Les nymphes sont très petites, très courtes, atrophiées. Elles mesurent 1 cent. 1/2 de hauteur. Elles n'occupent que la moitié supérieure de la vulve, et sont comme tronquées inférieurement. En les écartant, on distingue l'hymen qui forme un anneau complet, mais déchiqueté et frangé (la malade a subi une tentative de viol à l'âge de huit ans).

En haut, l'hymen encadre l'orifice urèthral normal, se prolonge au-dessus de lui sous la forme d'une *bandelette masculine* (Pozzi) très courte, qui n'occupe que le tiers inférieur du vestibule et n'arrive pas jusqu'au clitoris.

Celui-ci est fort peu développé. Il ne fait aucune saillie appréciable sous le capuchon qui le couvre, mais on peut sentir au doigt sa résistance et son implantation sur le pubis.

Le périnée mesure 2 centimètres. Il est très résistant. Un raphé saillant part de l'anus et se dirige vers la fourchette, où il oblique franchement à droite, pour se diviser alors en une série de petits plis qui vont se perdre dans la fesse et la face externe de la petite lèvre droite.

En écartant les lèvres, on voit, à travers l'orifice formé par l'hymen, les plis du vagin dont la colonne antérieure fait une légère saillie.

Le toucher vaginal est très difficile, moins à cause de l'étroitesse de la vulve, que par suite d'une hyperesthésie très vive.

Le vagin est très profond, le doigt a peine à en atteindre le fond. Il est un peu étroit, semble se terminer en cul-de-sac. Nulle part on n'a la sensation de rencontrer un col utérin.

Cependant, sur la paroi antéro-latérale gauche on croit sentir une saillie nettement appréciable dure, donnant la sensation d'un petit utérus. L'hyperesthésie empêche toute tentative d'examen au spéculum. Le toucher rectal ne révèle rien de particulier.

Notre malade est intelligente. Elle aurait, paraît-il, une très grande facilité à apprendre. A reçu une bonne éducation primaire.

Elle n'a jamais éprouvé aucun désir sexuel (avant l'opération).

A part le viol dont elle fut victime, à l'âge de huit ans, elle n'a jamais eu aucun rapport sexuel.

Le diagnostic était peu précis. M. Peyrot pensait à une double hernie des annexes, chez une femme semblant n'avoir pas d'utérus.

L'opération de la cure radicale est pratiquée par M. Peyrot, le 19 juin 1896.

A gauche, on trouve, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal et descendant dans la grande lèvre, une tumeur liquide, kystique, du volume d'un œuf de poule et réunie par un pédicule à un organe glandulaire que l'on croit être l'ovaire. Celui-ci adhère lui-même à un petit organe du volume d'une noisette, qu'on suppose être l'utérus.

La poche kystique, dès lors, paraît n'être qu'un hydrosalpinx. Elle est réséquée, et l'on réduit dans le ventre ce qu'on pense être l'utérus et l'ovaire gauche.

Le canal est fermé à la soie; on fait une suture superficielle au crin.

A droite, on fait une incision sur le canal inguinal, l'on tombe sur une tumeur également kystique, blanche, adhérente à une autre masse allongée, d'aspect grisâtre, qu'on suppose, à première vue, être l'ovaire droit. Mais, comme on ne trouve pas d'orifice de communication avec la cavité abdominale et comme, d'autre part, que ces deux organes sont contenus dans un sac extra-péritonéal, on les enlève après avoir mis une soie sur le pédicule. Le canal est fermé à la soie et la peau au crin de Florence.

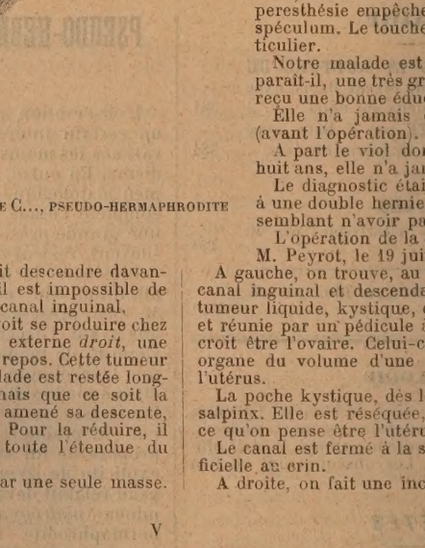

Fig. 3. — Vue postérieure de la pièce représentée dans la figure 2.

La malade, à la suite de cette opération, n'éprouve plus aucune douleur d'un côté; elle pouvait être considérée comme complètement guérie.

Cependant, vers le mois de Février 1897, elle constate la présence d'une tumeur au niveau de sa cicatrice gauche.

Tout au début de son apparition, cette tumeur ne savait qu'occasionner des douleurs. Après une longue station debout, elle descendait dans la région inguinale et gênait la marche.

La malade entre à l'hôpital Broca le 22 Avril 1896.

A l'examen, on constate la présence, au niveau de la cicatrice inguinale gauche, d'une tumeur de la grosseur d'une noix.

Cette tumeur est lisse, indolore, très mobile, rentre et saillante par les efforts, spontanément réductible dans le ventre par le décubitus dorsal, et qu'il est facile au doigt de ramener jusqu'à la partie inférieure de la grande lèvre.

La malade raconte que, depuis sa première opération, elle est devenue beaucoup plus émotive que par le passé, pleurant sans raison et ayant quelquefois plusieurs jours de tristesse que rien ne pouvait expliquer. En outre, cette malade qui, comme nous l'avons dit, n'avait jamais

ucun désir sexuel, se trouve vivement attirée vers le masculin.

Pozzi suppose qu'il s'agit d'une hernie récidivante utérus et de l'ovaire, laissés en place au moment de remière opération, et on se décide à en pratiquer la radicale.

pération est faite le 6 mai 1896.

voici sommairement décrite :

cision au niveau de l'ancienne cicatrice, c'est-à-dire iblement parallèle à l'arcade de Fallope gauche. erche de la tumeur qui, par le décubitus, est ren- dans le bassin. Cette tumeur est assez facilement vée et attirée à l'extérieur.

constate qu'elle est formée de deux parties : une e allongée, blanchâtre, d'apparence glandulaire icule ou ovaire) et, immédiatement accolé à sa face ne et postérieure, un petit corps triangulaire et Une sorte de vaginale entoure le doigt n peut délimiter facilement avec le tout, édicule.

gature en chaine et à la soie de ce pédi- et excision de la tumeur. Mais, au mo- de la section, l'aide qui le tenait sentit les éléments de ce pédicule glissaient ses doigts et s'échappaient de la liga qui les enserrait d'une façon insuffisam étroite. Il se produisit une hémorrha- ssez abondante ; après s'en être rendu re par un débridement, on draina la et on la ferma par une suture à trois superposés.

n'y eut pas de complications, et la de put quitter l'hôpital, complètement ie.

tendance à la tristesse et l'émotivité, notées à la suite de la première opéra- ont encore augmenté depuis la seconde, oint que la malade passait des jours rs à pleurer sans raison.

désirs sexuels (penchant vers l'hom- ont persisté, mais sans augmenter.

amen des pièces. — Au point de vue oscopique, la tumeur trouvée dans la ie se compose de deux parties. L'une, e en dehors, est allongée, ovoïde, élas- , lisse et polie, et d'aspect blanc bleuâ- Son volume est celui d'une grosse noix. paroi vaginale épaisse l'enveloppe. A upe, elle a un aspect glandulaire avec membrane d'enveloppe, très analogue à ginée du testicule, et un contenu qui elle absolument l'aspect d'un testicule. e en dehors, cette tumeur est reliée vers pôle interne à l'angle supéro-externe e seconde tumeur plus petite, triangu- à sommet inférieur, dure, de couleur e et ayant le volume d'une petite nde. A la coupe, cette tumeur semble ée de tissu musculaire, mais ne présente de cavité dans son intérieur (fig. 2 et 3). ne peut douter qu'il ne s'agisse d'un ge d'utérus. Celui-ci était-il *bicorne*, et rne droite n'est-elle pas sortie de l'ab- en, ou bien l'utérus était-il *unicorne*, me cela a déjà été observé en pareil cas smaul)? C'est ce qui paraît le plus pro- e.

xamen histologique de ces deux orga- été fait avec un grand soin par M. Lat- dont je reproduis ici les préparations oscopiques et la description qu'il a bien u m'en donner.

ce qui concerne l'organe glandulaire, rouve sur une coupe pratiquée perpen- lairement à sa surface et de dehors en ns deux couches. La couche externe est ée par du tissu fibreux, riche en fibres iques : c'est l'albuginée. Quant à la cou- nterne, on peut la diviser en deux par- : l'une périphérique, l'autre centrale 4).

couche périphérique est composée de tubes séminifères à parois hypertro- es, et dont la lumière est entièrement olée par des cellules épithéliales. Ces tubes sont réunis entre eux par du tissu onctif lâche avec nombreux éléments laires allongés. Autour de la plupart de ubes et leur formant souvent une gaine plète, on trouve une agglomération de es cellules désignées, depuis Hofmeis- sous le nom de cellules interstitielles, ui sont absolument caractéristiques [1]. sont polyédriques, quelquefois allon- en pointe et sont munies d'un gros noyau arrondi nucléole, rarement placé au centre de la cellule ; rotoplasma granuleux la remplit. Au milieu de ces de cellules interstitielles circulent de nombreux laires à larges mailles.

couche centrale est également formée de tubes nifères, mais beaucoup plus petits. Leurs parois moins épaisses. Ils ne contiennent qu'une ou deux ées de cellules épithéliales, et leur partie centrale cupée par une substance granuleuse amorphe. Ils en voie d'évolution : leur aspect est celui qu'on e sur de très jeunes sujets. On y rencontre aussi ues cellules interstitielles ; cependant les amas en bien moins considérables que dans la zone péri- ique.

us tenons à insister sur la présence, en si grand nombre, de ces *cellules interstitielles* dans la zone périphérique. On sait, en effet, que ces cellules se rencontrent dans le corps de Wolff, où elles dérivent du feuillet médian. Dans cet organe, ces cellules contribuent à former soit l'ovaire, soit le testicule.

S'il s'agit d'une évolution ovarienne, on les rencontre d'abord dans la couche médullaire en grand nombre. A une période plus avancées, elles seront reléguées à la périphérie de l'ovisac et contribueront à former les *corps jaunes*. Elles disparaissent enfin à la longue ou tout au moins deviennent très rares.

S'agit-il, au contraire, d'une transformation testiculaire, les mêmes cellules, à la période fœtale, seront en grand nombre disséminées dans le tissu conjonctif et formeront de véritables gaines à tous les tubes. Mais, plus tard, elles seront refoulées par les tubes séminifères, et dans le testicule adulte, on n'en trouvera plus trace qu'au niveau des *carrefours*.

Fig. 4. — Structure d'un testicule d'un pseudo-hermaphrodite (Androgynoide. Marie C...)

I. — Coupe perpendiculaire à la surface de l'organe (dessin à la chambre claire, 150 diam.).

1. Tissu conjonctif plus ou moins lâche. — 2. Section de gros tubes séminifères formant le tissu périphérique de l'organe. — 3. Section de tubes plus petits constituant un noyau central bien limité. — 4. Amas plus ou moins considérable de cellules interstitielles spéciales englobant les tubes dans leur masse. — 5. Les mêmes amas cellulaires dans la zone des petits tubes. — 6. Grand espace lymphatique séparant les deux zones. — 7. Vaisseau sanguin.

II. — Petits tubes séminifères de la zone centrale (500 diam.).

1. Stroma conjonctif à cellules allongées, circonscrivant des espaces occupés par les tubes. — 2. Cellules épithéliales à noyau volumineux granuleux sur un ou deux rangs. (Partie centrale du tube occupée par une substance granuleuse amorphe). — 3. Vide produit par le retrait de la couche épithéliale.

III. — Gros tubes séminifères de la zone périphérique (500 diam.).

1. Stroma conjonctif. — 2. Couche limitante sclérosée formée d'un tissu fibreux dense. — 3. Cavité entièrement comblée par des cellules épithéliales.

IV. — Les grosses cellules interstitielles entourant les tubes (1000 diam.).

1. Cellules polyédriques moyennes à protoplasme granuleux avec noyau très gros et nucléole. — 2. Cellules plus volumineuses. — 3. Capillaires à larges mailles.

Les cellules interstitielles étant ici surabondantes, et encore à l'état jeune, il est permis d'affirmer que le testicule a, dans le cas qui nous occupe, subi un arrêt de développement.

Nulle part on n'a trouvé de spermatozoïdes.

On n'a pas davantage trouvé d'épididyme ni de trompe. On peut se demander si le kyste enlevé précédemment par M. Peyrot s'était développé aux dépens d'une trompe (hydrosalpinx) ou aux dépens d'un épididyme qui aurait ainsi disparu. C'est un point qui reste douteux.

L'autre petite tumeur, dure et triangulaire, accolée au testicule, était uniquement constituée par des faisceaux de fibres lisses entre-croisées dans tous les sens et rappelant absolument une coupe de tissu utérin. Pas trace de muqueuse utérine [1].

Ajoutons que l'examen histologique de l'organe glandulaire, enlevé lors de la première opération à droite (qui avait heureusement été conservé) a été pratiqué récemment, et qu'il s'agissait également d'un testicule ayant les mêmes caractères que celui qui a été décrit. Là encore il a été impossible de trouver un épididyme.

Cette observation est, on le voit, un exemple très net et très complet de pseudo-hermaphrodisme androgynoïde.

J'insisterai sur certains points intéressants au point de vue physiologique :

L'influence non douteuse, dans la production de la malformation, d'une perturbation nerveuse violente, chez la mère pendant sa grossesse.

Les troubles sympathiques qui ont marqué l'établissement de la puberté, les *fausses règles* constituées par des épistaxis périodiques durant dix ans, et encore aujourd'hui (après la cessation de ces pertes), par des malaises très particuliers. Ces faits paraissent en corrélation, avec le développement anormal des conduits de Müller, sous forme d'un vagin complet et d'un utérus rudimentaire.

Désirs vénériens tardifs ayant pour objet le sexe masculin, quoique notre sujet fut, à bien des égards, plus homme que femme.

Absence de ces désirs pendant la plus grande partie de la vie, et leur apparition au moment ou après l'ablation du testicule droit. Cette particularité est difficile à expliquer. Il est plus facile de comprendre le changement de caractère qui a suivi la castration complète, l'émotivité plus grande rapprochant encore le sujet du type féminin. C'est un phénomène analogue à celui qu'on observe chez l'homme et chez les animaux après l'ablation des testicules. Il est ici spécialement curieux : on peut dire, en effet, que la castration chez cet être mixte a eu pour effet de préciser son sexe, si bien qu'une rectification d'état civil serait ici désormais illégitime ; notre sujet se trouve maintenant assimilable à une *vraie femme*, ayant subi la castration utéro-ovarienne.

* * *

En terminant, est-il nécessaire que j'insiste sur ce fait désormais acquis que, dans l'espèce humaine, l'*hermaphrodisme vrai*, caractérisé par la coexistence du testicule et de l'ovaire, est tellement exceptionnel, qu'il a pu être révoqué en doute? Le travail le plus récent, fait sur ce sujet par G. T. Blacker et Lawrence [1], établit que sur les vingt-huit cas, réputés d'hermaphrodisme vrai, qu'on trouve dans la science, trois seulement sont à peu près à l'abri de la critique, à savoir : le cas de Heppner (hermaphrodisme vrai bilatéral) ; les cas d'Obolonsky et de Schmorl (hermaphrodisme latéral), et le cas présenté par Blacker et Lawrence (hermaphrodisme unilatéral).

Tous les autres faits, si multipliés aujourd'hui, qu'on publie sous l'étiquette d'hermaphrodisme, ne sont que des pseudo-hermaphrodismes, où la forme extérieure d'un sexe coexiste avec les glandes séminales de l'autre.

On sait que ces individus mal conformés sont, comme règle générale, stériles ; les *androgynoïdes*, en particulier, soit de type hypospadique soit de tyge régulier, ne possèdent pas de spermatozoïdes. Ce fait était connu. Mais on n'avait pas encore, je crois, publié l'examen histologique du testicule en pareil cas et démontré l'arrêt de développement de sa structure intime. C'est là peut-être le point le plus neuf de la présente observation.

Hofmeister. — « Untersuchungen über die Zwis- subtanz im Hoden der Saügethiere », *Wiener Academ. ngbericht*, Mars 1872.

F. Tourneux. — « Des cellules interstitielles du tes- e ». *Thèse* de Paris, 1879.

1. Cette absence de cavité dans certains utérus rudimentaires est bien connue. Fr. Ahfeld. *Die Missbildungen des Menschen*. Leipzig, 1882. II Absch., p. 260.

1. G. F. Blacker and Lawrence. — *Obstetrical Society of London*. Séance du 1er Juillet 1896 (*The Lancet*, 11 Juillet 1896, vol. II, p. 115).

BIBLIOGRAPHIE

Mello Barreto. — *La Fièvre jaune. Sa pathogénie et son traitement*. Broch. de 24 pages. (Saint-Paul, Brésil).

Gaston Poix. — *Recherches critiques et expérimentales sur le sérum antidiphtérique. Son action sur l'organisme, ses accidents*. Broch. in-8 raisin, de 128 pages. (G. Steinheil, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethieux, 1, rue Cassette.

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances

---

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES,* etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, **22, rue Jules-César, Paris** ET PHARMACIES.

NOURRICES

LES GALACTOGÈNES JOLIVET (SIROP, SEL ou VIN) augmentent la qualité et la quantité du lait des nourrices et constituent le meilleur tonique aussi bien pour la mère que pour l'enfant pendant l'allaitement. JOLIVET, 114, Fg St-Honoré, Paris. Envoi fco d'un Sel contre 3f,3 plac. Sirop fco gare 9f.

38, Rue Boileau, 38 PARIS

Une cuiller à Café après chaque Repas. **PEPSI-MALTOSE DURAND** ANOREXIE TYPHLITE Dyspepsies, Gastralgies

Une cuiller à Café après chaque Repas. **MALTOSE DURAND** ENTÉRITE TUBERCULOSE

CHLORAL BROMURÉ DUBOI

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC.... COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

PHOSPHATOSE VAUDI

PHOSPHATE DE CHAUX PHYSIOLOGIQUE

Complètement Assimilable, tel qu'il existe dans le La

Préparation par excellence pour toutes les affections de l'enfanc de l'âge adulte, dans lesquelles les phosphates sont indiqués: *Trou de la croissance, Maladies des os, Rachitisme, Maladies des orga respiratoires, Lymphatisme, Convalescences en général, toutes Tuberculoses, Anémie,* etc. Dans la *Grossesse,* l'*Allaitement,* pendan *Dentition* et le *Sevrage des enfants,* la **PHOSPHATOSE** rendra très grands services.

DOSES :

ADOLESCENTS et ADULTES: 2 à 4 cuillerées à café par jour.

ENFANTS: 1 à 2 cuillerées à café par jour suivant l'âge, délayée dans du lait ou mélangée aux potages.

Détail: Phie VAUDIN, à Fécamp (S.-Inf.); Phie BRETONNEAU, 6, R. Marengo, Paris *et dans toutes les Pharmacies.*

Vente en Gros: Sie Fe de PRODUITS PHARMACEUTIQUES, 9, R. de la Perle, Paris.

PHOSPHATE DE VAUDIN PHYSIOLOG

MÉDICATION GLYCÉRO-PHOSPHATÉE

VIN GLYCO PHOSPHATE LANGLEBER

SEUL ÉTAT OU LES PHOSPHATES SOIENT RÉELLEMENT ASSIMILABLES

NEURASTHÉNIE · EPUISEMENT · AFFECTIONS DES OS · SURMENAGE ·

CROISSANCE & DEVELOPPEMENT DES OS. 86, Rue de la Réunion, P

ANESTILE BENGUÉ à JET VARIAB

(Mélange de Chlorure d'Ethyle et de Mét

ANESTHÉSIE locale, NÉVRALGIES

Dr BEN 34, Rue La Br PARIS

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — *Échantillon* franco à *Médecins qui en font la demande.*

22 et 24, PLACE VENDOM

Comp^ie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S. G. D. G.

Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.

HYGIÈNE PUBLIQUE Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.

HYGIÈNE PRIVÉE Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.

Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.

PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES

Vente en Gros: MM. J. HAYEM et Cie, *Paris;* A. GRANDJEAN et Cie, *Reims;* BLIN et BLIN, *Elbeuf,* seuls Concessionnaires.

CRÉOSOTAL HEYDEN

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carboniq

Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

CACHET HH GARANTI

EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résul très satisfaisants pour la guérison de la **TUBERCULOSE.**

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.